

# 同意書

孀恋村長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴村長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

## 【本人】

住 所

氏 名

## 【配偶者】

住 所

氏 名

## （ご注意）

認定された場合、適用年月日は申請日が属する月の初日からとなります。申請日は、申請書を孀恋村健康福祉課で受け付けた日となりますので、申請日の属する月より前にさかのぼって減額認定されることはありません。

また、虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。